会計年度任用職員
受　験　申　込　書

年　　月　　日

（宛先）上　　越　　市　　長

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先℡　＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

〔携帯電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿〕

※連絡先は、確実に連絡ができる電話番号を記入してください。

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

昭和・平成　　年　　月　　日生

受験職種等

いずれかに〇を付けてください。

職　種
事務職員（障害のある人）　・　事務作業（障害のある人）

下欄について、内容を確認の上、記入してください。

私は、下記に記載されている事項のいずれにも該当しておらず、当該受験申込書及び別紙履歴書の記入事項は事実と相違ありません。

ア　拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
イ　上越市において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない人
ウ　日本国憲法施行の日以降において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人
エ　（市立保育園の事務作業のみ）こども性暴力防止法（令和６年法律第 69 号）第２条第８項に規定する特定性犯罪事実該当者

＿＿年＿＿月＿＿日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（**自署してください。**）

外国籍の方へ

〇採用にあたって、在留資格において就労等が制限されている人は採用されません。
〇採用後の任用にあたって「公権力の行使又は意思の形成に参画する業務」には、公務員の基本原則に基づき、従事できません。

印刷時の注意　・市のホームページから様式をダウンロードする場合は、寸法をＡ４版とすること
記入時の注意　・数字はｱﾗﾋﾞｱ数字で、文字はくずさず正確に書くこと
※記載された個人情報は、上越市会計年度任用職員採用試験に関する業務以外には使用しません。

裏面あり

次の枠内を記入してください。

障害者手帳	**障害手帳の種類**			**障害の程度・等級**		
	交付機関名	都道府県市	**交付年月日**	年　月　日	**交付番号**	第　号
試験当日に関すること	試験会場で車椅子を　□ 使用する　□ 使用しない					
	試験当日、補装具を持込使用する場合は、具体的に記入してください。					
	試験当日は受験者本人との個別面接を予定していますが、筆談によるフォローが必要であるなど、試験当日必要と思われることがあれば、具体的に記入してください。					

業務関連事項	**漢字の読み書きの状況**	
	四則演算の状況	
	パソコン・電卓の使用状況 （特に Word・Excel）	
	手先を使う作業の状況 （はさみ類・糊付け等）	
	集中力・持続力の状況	
	指示された内容を理解できるか （家庭や学校等で指示する時に配慮していることがあれば記入してください）	
	自ら質問できるか	
	時間を守れるか	
	力仕事ができるか	
	その他 （得意な作業等があれば記入してください）	
その他事項	**コミュニケーションの状況**	
	日常生活作業等 （ADL・IADL）	
	配慮事項 （服薬や通院している場合は記入してください）	
	その他	